Lane Medical Library
1937

Aus der Universitäts-Frauenklinik Gießen

Beitrag zur Aetiologie, Prognose und Therapie außerklinischer geburtshilflicher Eingriffe, die eine klinische Nachbehandlung erforderten

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der
Hessischen Ludwigs-Universität
zu Gießen

vorgelegt von
Margarete Muhl aus Gießen
approbierte Ärztin

Gießen 1937
Brühl'sche Universitäts-Buch- und Steindruckerei, R. Lange, Gießen

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät zu Gießen.

Referent: Professor Dr. Rossenbeck
Oberarzt der Univ.-Frauenklinik Gießen

Im Zusammenhang mit der Frage, wo die Grenzen der häuslichen Geburtshilfe zu suchen sind, ist der Ausgang derjenigen Geburten von besonderem Interesse, die zwar im Privathaushalt begonnen oder sogar eingeleitet wurden, bei denen aber dennoch infolge irgendwelcher Komplikationen eine klinische Nachbehandlung erforderlich wurde. Im Material der Gießener Frauenklinik spielen diese Geburten zahlenmäßig eine verhältnismäßig kleine Rolle. Es sind das in einer Geburtenzahl von 9540, die in den Jahren 1918 bis 1935 in der Klinik erfolgten, 104 Fälle, über die berichtet werden soll. Hierbei muß man sich darüber klar sein, daß diese Zahl nur einen geringen Prozentsatz der außerklinisch entstandenen Komplikationen überhaupt darstellt. Denn von diesen kann immer nur ein kleiner Teil klinische Hilfe erlangen. Einmal ist trotz bester Verkehrsmittel in manchen Gegenden aus räumlichen Gründen eine Einweisung in die Klinik nicht möglich; andererseits geht auch ein Teil der Fälle immer noch deshalb zugrunde, weil der Arzt entweder zu spät zu einer aussichtslosen Situation geholt wurde, oder selbst bereits die Einweisung in die Klinik als nutzlos betrachtete. Trotzdem aber erscheint gerade die Beleuchtung der dennoch in Krankenhausbehandlung gekommenen Fälle wichtig; denn sie stellen natürlich die schwersten Komplikationen dar, die dem geburtshilflich tätigen praktischen Arzt in der Praxis begegnen können. Das Versagen der Geburts-„Hilfe" in der Praxis ist um so tragischer und bedeutungsvoller, da es sich ja in der Verantwortung nicht um ein Menschenleben allein handelt, sondern um das von Mutter und Kind. Aus diesem erhöhten Verantwortungsgefühl heraus mögen wohl die Entbindungsversuche teilweise zu erklären sein, die zu einer vorzeitigen Beendigung der Geburt führen sollen, ohne daß eine unbedingte strenge Indikation dazu vorläge. Zu diesen Fällen gehören vor allem die so zahlreichen Zangenversuche aus einer kindlichen Indikation. Häufig findet man dann die Angabe: Zangenversuch wegen schlechter kindlicher Herztöne oder wegen zu langer Geburtsdauer. Wie in dem Material anderer Kliniken machen auch bei uns die Zangenversuche den Hauptanteil der eingewiesenen Fälle aus.

Ein weiterer Grund zum Mißlingen operativer Eingriffe ist eine oft völlig falsche Indikationsstellung und ein Verkennen der Sachlage. Dazu gehören die Fälle, die mit der Angabe eingeliefert wurden: Zangenversuch wegen engem Becken oder Wendungs-

versuch bei einer verschleppten Querlage. Schon von verschiedener Seite ist auf die Frage der mißlungenen häuslichen Geburtshilfe hingewiesen worden. So berichtet Stoeckel über 55 Fälle, die in der Praxis mißlungen waren und in seine Klinik zur Nachbehandlung eingeliefert wurden. Das Hauptkontingent dieser 55 Fälle stellen leider solche dar, die aus falscher Indikationsstellung zum Mißerfolg führten. Stoeckel wie auch noch andere Autoren betonen deutlich, daß es vor allem die hohe Zange ist, die in der außerklinischen Geburtshilfe den größten Schaden stiftet und am häufigsten zu Mißerfolgen führt. Allein Döderlein tritt für die hohe Zange im Privathaushalt ein. Allerdings spricht auch er nur von wirklichen Geburtshelfern. Erst in den letzten Jahren ist ja auf das Kapitel mißlungene häusliche Geburtshilfe hingewiesen worden. Doch nur in einzelnen Veröffentlichungen. Zu erklären ist das sicher dadurch, daß erstens überhaupt nicht gern von Mißerfolgen berichtet wird, dann spielt auch die Scheu vor einer Bloßstellung der Kollegen in der Praxis eine Rolle. Vor allem Stoeckel hat in seiner Veröffentlichung darauf hingewiesen.

Im Gegensatz zu allen anderen Abhandlungen und Berichten, die von anderen Kliniken in die Öffentlichkeit kamen, sind nun im Material der Gießener Frauenklinik auch diejenigen Fälle erfaßt, die nachdem die Geburt im Privathaushalt durch einen Eingriff beendet war, wegen Nachgeburts- oder Wochenbettskomplikationen der Klinik überwiesen wurden. Die 104 Fälle teilen sich danach folgendermaßen ein:

1. Fälle, bei denen in der Praxis die Geburt beendet wurde und die wegen Nachgeburts- oder Wochenbettskomplikationen in die Klinik eingewiesen wurden.

2. „Anoperierte" Fälle. Das heißt solche, bei denen der außerklinische Eingriff nicht zu einer Beendigung der Geburt geführt hat.

Unter die erste Rubrik fallen 66 Fälle. Wenn wir diese nach der Art der vorliegenden Komplikationen einteilen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 1.

In der Praxis war erfolgt:	Zahl:	Indikation:	
A. In der Nachgeburtsperiode.			
1. Manuelle Lösung der Placenta.	11	Blutung	6
		Adhaerenz	1
		Unbekannt	4
2. Credé-Lösung der Placenta.	4	Blutung	3
		Unbekannt	1
3. Entfernung von Placentar- oder Eihautresten.	7	Temperatur	4
		Blutung und Temperatur	2
		Blutung	1
4. Versuch der Placentarlösung.	8	nach Credé	6
		nach manueller Lösung (s. Text!)	2

In der Praxis war erfolgt:	Zahl:	Indikation:	
B. Während der Austreibungsperiode.			
5. Forceps.	28	Eklampsie	2
		Asphyxie	1
		Mekoniumabgang bei Kopflage	1
		Lange Geburtsdauer	3
		Eingekeilte Vorderhauptslage	1
		Stirnlage	1
		Wehenschwäche	4
		tiefer Querstand	1
		Unbekannt	14
6. Wendung und Extraktion.	5	Querlage	3
		Gemini	1
		Nabelschnurvorfall	1
7. Manualhilfe.	3	Beckenendlage	3

Was die Indikation zu den obenangeführten Eingriffen anbelangt, so sind diese wegen der zum Teil dürftigen Angaben bei der Einweisung nicht in allen Fällen zu erfahren gewesen.

Aus welchen Gründen diese Fälle in die Klinik eingewiesen wurden, zeigt die nächste Tabelle.

Tabelle 2.

	Wegen Fieber	Wegen Blutung	Verletzg. d. Mutter	Eklampsie
Manuelle Lösung ..... (11)	9	2	—	—
Credésche Lösung der Placenta ..... (4)	—	4	—	—
Entfernung von Placentar- oder Eihautresten ..... (7)	7	—	—	—
Versuch der Placentarlösung ..... (8)	—	—	—	—
Forceps ..... (28)	19	4	3	2
Wendung und Extraktion (5)	3	—	2	—
Manualhilfe..... (3)	1	—	2	—

Zu A. Eingriff in der Nachgeburtsperiode.

Bei den 11 Patientinnen, die nach manueller Lösung der Placenta der Klinik überwiesen wurden, war post partum bei 9 Fieber aufgetreten. Bei 2 dieser Wöchnerinnen wurden noch Placentarreste aus dem Uterus entfernt, worauf die Temperatur prompt abfiel und die Patientinnen geheilt entlassen werden konnten. 2 jedoch kamen an Sepsis ad exitum. Die übrigen wurden nach konservativer Behandlung mit Caseosan und Argochrom (in neuerer Zeit auch Euthagen) nach ungefähr zwei- bis dreimonatiger Behandlung geheilt aus der Klinik entlassen.

2 Frauen wurden der Klinik nach erfolgter manueller Lösung der Placenta wegen Fortdauer der Blutungen überwiesen. Ein

Fall machte eine Totalextirpation des Uterus nötig, da die Blutung auch in der Klinik nicht zum Stehen zu bringen war. Hier war die Placenta nach Angabe des Arztes nicht vollständig entfernt. Der Versuch, die bestehende Blutung durch eine Nachtastung zu stillen, unterblieb deshalb, weil die Anämie lebensbedrohlich war. Die Patientin wurde geheilt entlassen. Bei dem zweiten Fall stand die Blutung, als die Frau in die Klinik kam.

Bei weiteren 4 Wöchnerinnen war in der Praxis die Placenta auf Credé geboren, aber da die Blutung anhielt, wurde eine Nachbehandlung in der Klinik nötig. Bei einer dieser Frauen fanden sich noch Placentarreste, die ausgeräumt wurden; eine zweite Frau starb kurz nach der Einlieferung. Es war in der Praxis nach Lösung der Placenta durch Credé eine starke Blutung aufgetreten. Es kam zum Kollaps und, bevor klinische Hilfe einsetzen konnte, zum Tod. Die beiden anderen Fälle bedurften keiner weiteren klinischen Behandlung, da die Blutung bald nach der Einlieferung stand.

Den dritten Teil der Fälle aus Tabelle 2 möchte ich nur ganz kurz erwähnen. Es handelt sich hierbei um Frauen, bei denen in der Praxis Eihaut- oder Placentarreste entfernt wurden, und die wegen Temperatursteigerung im Wochenbett in die Klinik kamen. 6 dieser Wöchnerinnen wurden nach konservativer Behandlung geheilt entlassen. Die Einweisung in die Klinik war wohl hauptsächlich aus Ängstlichkeit entweder des Arztes oder der Patientin erfolgt. Der siebte Fall, bei dem eine Austastung vorausgegangen war, starb in der Klinik unter den Zeichen der Sepsis.

Bei den nächsten 8 Frauen bestand die Indikation zur Einweisung darin, daß die Placenta nicht geboren war. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, waren 6 vergebliche Credéversuche vorausgegangen, zweimal wurden Ausräumungsversuche unternommen, die erfolglos verliefen, einmal wegen Adhärenz der Placenta. Die Credéversuche waren zum größten Teil ohne Narkose ausgeführt. In der Hauptsache ist das wohl bedingt, wie auch bei allen anderen geburtshilflichen Maßnahmen, durch den Mangel an nötiger Assistenz im Privathaushalt. Die Behandlung dieser 8 Fälle in der Klinik war im einzelnen folgende: Bei 4 Frauen wurde die Placenta manuell gelöst. Der Wochenbettsverlauf war vollkommen glatt und fieberfrei. In einem Fall kam die Placenta spontan. Bei 2 weiteren Patientinnen erfolgte die Geburt der Placenta auf Credé. Bei dem letzten der 8 Fälle mit Versuch der Placentarlösung wurde ein zweimaliger Credéversuch in der Praxis unternommen; die Frau kam vollkommen pulslos und ausgeblutet in die Klinik. Dort besserte sich der Puls etwas, und es wurde sofort die abdominale Totalextirpation des Uterus vorgenommen, doch

starb die Patientin während der Operation infolge einer Atemlähmung. Zur besseren Übersicht dazu noch die folgende Tabelle.

Tabelle 3.

Klinische Behandlung der Fälle mit nicht geborener Placenta (7).

Manuelle Lösung	4
Placenta spontan	1
Placenta auf Credé	1
Abdominale Totalextirpation	1

Es soll nun im Einzelfall versucht werden nachzuweisen, aus welchen Gründen die Operationen draußen mißlangen: Handelte es sich tatsächlich um „Grenzen der häuslichen Geburtshilfe" oder um Grenzen im Können des einzelnen Arztes? In 16 Fällen war die Einweisung wegen Fieber nach dem Eingriff erfolgt. Zweifellos ist dies zum Teil auf mangelhafte Asepsis zurückzuführen. Ist der Arzt draußen ein guter Geburtshelfer, und ist der Eingriff technisch einwandfrei durchgeführt worden, dann ist nicht einzusehen, warum der Verlauf nicht ebenso selten fieberhaft sein soll, wie bei dem gleichen Eingriff in der Klinik. Läßt sich auch ab und zu eine Infektion infolge bereits vorhandener Keime nicht vermeiden — natürlich auch nicht in der Klinik — so ist doch das Auftreten von Fieber nach Eingriffen im Privathaushalt nur auf eine Keimeinschleppung zu beziehen. Nicht immer ist es natürlich der Arzt, der hier die Schuld trägt, sondern mindestens ebenso häufig muß eine in der Asepsis mangelhaft geschulte Hebamme hierfür verantwortlich gemacht werden. Durch die strenge Vermeidung der Einschleppung von Infektionserregern kann also manches noch in der häuslichen Geburtshilfe gebessert werden.

Weniger aussichtsreich verhält es sich bei den Eingriffen, die die Bekämpfung einer Blutung zur Aufgabe haben. Hier sind der häuslichen Geburtshilfe Grenzen gesetzt, wenn es sich darum handelt, beispielsweise die Lösung einer Placenta accreta durchzuführen. Aber gerade bei den Blutungskomplikationen kann das größtmögliche Können des Arztes in Erscheinung treten. Dies zeigte sich auch hier bei unserem Material: Mußte sich der Arzt entschließen, die Placenta durch den Credéschen Handgriff (4 Fälle) oder manuell (2 Fälle) zu lösen, dann bestand nur in dem einen Fall, bei dem die Totalextirpation des Uterus vorgenommen werden mußte, eine tatsächliche „Grenze" der häuslichen Geburtshilfe. Wie weit das auch für den ausgebluteten Fall, der durch die Anämie vor klinischer Hilfe zum Tode führte, zutrifft, läßt sich leider nicht mehr ersehen. In den übrigen 4 Fällen

wäre der Arzt auch ohne die Hilfe der Klinik zum Ziele gekommen. Eine Einweisung war also nicht nötig gewesen.

Zusammenfassend ergibt sich bei der Betrachtung dieser bis jetzt angeführten Fälle, die ich von den folgenden abgesondert habe, daß bei den meisten dieser wegen Nachgeburtskomplikationen nach erfolgter Spontangeburt eingewiesenen Frauen die Indikation dazu die Temperatursteigerung im Wochenbett war. Erst in zweiter Linie folgt als Indikation die Fortdauer der Blutung. Noch mehr kommt das zum Ausdruck bei der zweiten Gruppe der 66 Fälle.

Zu B. Eingriffe in der Austreibungsperiode.

Zuerst erwähne ich da die 28 Fälle nach Forceps extra muros, die dann wegen einer Wochenbettkomplikation einer Nachbehandlung in der Klinik bedurften. Auch hier wieder wurden 19 Wöchnerinnen wegen Fieber eingeliefert. In den Berichten der einweisenden Ärzte, soweit überhaupt welche gegeben wurden, oder aus den Angaben der Patientinnen geht immer wieder hervor, daß eine Untersuchung ohne Handschuh oder mehrfaches Untersuchen unter der Geburt vorausgegangen war. Ein großer Teil dieser Temperatursteigerungen post partum geht somit, wie schon erwähnt, auf Schulden des Arztes bzw. der Hebamme. Die Asepsis in der außerklinischen Praxis wird wohl immer hinter der einer Klinik zurückstehen. Erstens aus rein technischen, dann wohl auch aus wirtschaftlichen Gründen. Denn es wird dem praktischen Arzt niemals möglich sein, so viel für die Asepsis in seiner geburtshilflichen Praxis auszugeben, daß er annähernd die Keimfreiheit einer Klinik bei seinem Handeln hat. Es muß aber trotzdem hervorgehoben werden, daß oft die Grundregeln der Asepsis nicht beachtet werden. Es ist das als ein grobes Vergehen zu bewerten und nicht zu entschuldigen. In manchen Fällen mag ja auch das Verschulden auf seiten der Hebamme liegen. Das ist natürlich nachträglich sehr schwer zu entscheiden, da ja, wie schon gesagt, die anamnestischen Angaben oft sehr mangelhaft sind.

Das Schicksal der 19 Wöchnerinnen, die wegen Fieber nach einer Zange eingeliefert wurden, war im einzelnen folgendes: 2 Frauen starben an Sepsis. Die übrigen wurden nach konservativer Behandlung von mindestens vier Wochen, zum Teil auch bis zu acht Wochen, geheilt entlassen. Therapeutisch wurden die Fälle mit Puerperalfieber schwereren Grades mit Euthagen, Argochrom, Caseosan und anderen die Abwehrkräfte des Körpers unterstützenden Mitteln angegangen. Die Wöchnerinnen, die mit frischen Adnextumoren eingeliefert wurden, erfuhren eine resorbierende Behandlung mit warmen Scheidenduschen und Licht-

bogen. Die Fälle mit einfacher Lochialstauung wurden in Halb-Fowler gestellt, und erhielten Secacornin und Eisblase.

In 4 Fällen wurden die Patientinnen wegen Blutung eingewiesen. Bei einer Frau handelte es sich dabei um einen tiefen Cervixriß nach Beckenausgangszange. Da danach eine stärkere Blutung auftrat, wurde vom Arzt die Placenta manuell gelöst und nachgetastet. Der Cervixriß als Blutungsursache wurde übersehen, was durch einfaches Einstellen im Spiegel sofort klar ersichtlich gewesen wäre. In einem weiteren Fall handelte es sich um ausgedehnte Scheidenrisse. Es war in der Praxis die Geburt durch eine Zange beendet worden. Angeblich wurde der Eingriff wegen bedrohlicher kindlicher Asphyxie vorgenommen, dabei entstand ein Dammriß III.°, der das Rektum anderthalb Querfinger weit eröffnete. Die Placenta wurde wegen der starken Blutung manuell gelöst, daraufhin Tamponade und Überführung in die Klinik. Hier kam die Patientin mit frequentem kleinem Puls und in großer Unruhe an. Die Tamponade war durchblutet. Der Dammriß wurde sofort genäht. Eine Kochsalzinfusion brachte vorübergehende Besserung. Dann wurde plötzlich der Puls nicht mehr fühlbar, eine Bluttransfusion hatte keinen Erfolg, die Frau starb kurz darauf. Bei dem dritten Fall, bei dem auch eine manuelle Lösung der Placenta hinzukam, trat am neunten Wochenbettstag eine stärkere Blutung auf. Diagnose: Endometritis post partum. Der Arzt machte Spülungen und, da die Blutung anhielt, überwies er den Fall der Klinik. Dort wurde die Frau erst konservativ behandelt, später wurde eine Abrasio vorgenommen. Bei der letzten Wöchnerin handelte es sich lediglich um einige kleine Schleimhautabschürfungen, die genäht wurden.

Zwei Frauen wurden wegen Eklampsie, bei denen eine Zange gemacht war, eingeliefert. In der Klinik trat kein eklamptischer Anfall mehr auf.

Während in den vier vorher beschriebenen Fällen vornehmlich die Blutung den Grund zur Einweisung abgab, haben drei Frauen wegen Verletzungen, die unter der Geburt gesetzt wurden, klinische Hilfeleistung benötigt. Darunter ist ein Dammriß III.° zu zählen, ferner rechnet hierzu ein Fall mit ausgedehntem Hämatom im rechten Parakolpium und Parametrium. Unter konservativer Behandlung ging das Hämatom bald zurück, und die Patientin wurde geheilt entlassen. Bei einer dritten Frau entstand nach einer hohen Zange eine Blasenscheidenfistel. Diese schloß sich unter konservativer Behandlung nach drei Monaten spontan. Ein komplizierendes parametranes Infiltrat im Anschluß an einen rechtsseitigen Cervixriß ging ebenfalls gut zurück. Dies ist übrigens die einzige hohe Zange unter den 28 Fällen.

In diesen Abschnitt der Wochenbettskomplikationen gehören auch 5 Fälle, bei denen in der Praxis das Kind durch Wendung und Extraktion entwickelt worden war und die aus folgender Indikation zur Nachbehandlung der Klinik überwiesen wurden:

2mal wegen komplettem Dammriß, der in der Klinik genäht wurde.

3mal wegen Fieber im Wochenbett.

Diese 3 letzten Fälle bedürfen eines genaueren Berichtes, weil sie die Komplikationen häuslicher Geburtshilfe besonders beleuchten.

1. Fall Gemini
   1. Kind spontan aus Steißlage,
   2. Kind durch Wendung und Extraktion aus Kopflage. Indikation unbekannt.

   Am 5. Wochenbettstag trat ein Schüttelfrost auf, weshalb die Patientin sofort eingewiesen wurde. Der Befund bei der Aufnahme war folgender: Uterus weich, gut mannsfaustgroß, druckempfindlich. Beim Einstellen im Spiegel kommt eitriger Schleim aus der Cervix. Nach einer Behandlung dieses Puerperalfiebers mit Caseosan und Secacornin wird die Frau nach 4 Wochen geheilt entlassen.
2. Fall

   Wendung und Extraktion wegen Nabelschnurvorfall. Ein dabei entstandener Cervixriß wurde genäht und anschließend tamponiert. Da Temperatursteigerung auf 38,8° auftrat, wies der praktische Arzt die Frau ein. In der Klinik erweist sich der Cervixriß als infiziert und wird in seiner ganzen Ausdehnung nekrotisch. Der Uterus bildet sich nicht zurück, es werden große Coagula ausgestoßen. Es handelt sich also außerdem um eine Retention von Placentarresten. Trotz des Fiebers wird digital ausgeräumt. Der Uterus kontrahiert sich daraufhin gut. Jedoch wird die Frau plötzlich pulslos, und eine halbe Stunde später erfolgt der exitus. Die Sektion ergibt eine Sepsis nach infiziertem Cervixriß.
3. Fall

   Puerperalfieber nach einer Wendung aus Querlage; am 9. Tag nach der Geburt trat Fieber auf, weshalb der Arzt die Patientin einwies. In der Klinik entwickelte sich das Bild eines schweren Puerperalfiebers, zu dem nach einigen Tagen eine Pleuritis exsudativa kam und später noch eine Thrombophlebitis im linken Bein. Die Patientin wurde nach einer konservativen Behandlung von zwei Monaten geheilt entlassen.

Der zweite Fall ist ein Beispiel dafür, daß ein Mißerfolg in der außerklinischen Geburtshilfe nicht selten auf das Schuldkonto

mangelnder Asepsis kommt. Ein Versagen also, das dem praktischen Arzt um so mehr zum Vorwurf gemacht werden kann, da durch das Befolgen der einfachsten aseptischen Regeln ihm in all den angeführten Fällen ein voller und befriedigender Erfolg beschieden gewesen wäre.

Ergänzend füge ich noch drei Fälle an, die auch in diesen Abschnitt gehören.

1. Fall

In der Praxis war das Kind aus Steißlage durch Manualhilfe entwickelt worden. Es setzte eine starke Blutung ein, die trotz Secalegaben nicht stand. Der Arzt wies die Patientin ein. Beim Einstellen im Spiegel fand sich ein langer Cervixriß, der als Blutungsursache übersehen war und in der Klinik durch Naht versorgt wurde.

2. Fall

Sepsis nach Manualhilfe. Patientin wurde geheilt entlassen.

3. Fall

Bei einer Extraktion aus Steißlage war ein Dammriß III.^{0} entstanden, der zur Naht in die Klinik eingewiesen wurde. Nach vollkommen glattem Heilungsverlauf wurde die Frau nach Hause entlassen.

Damit wären die Fälle des ersten großen Abschnittes aus unserem Material abgehandelt. Wie verteilen sich nun die angeführten 66 Fälle von Nachgeburts- und Wochenbettskomplikationen in bezug auf die Mortalität und Morbidität? Zunächst sind 11 Todesfälle zu verzeichnen, was einer Mortalität von 16,7% entspricht. Im einzelnen gibt hierüber, wie auch über die Dauer der Morbidität die folgende Tabelle Auskunft.

Tabelle 4.

In der Praxis war erfolgt	Mortalität	Morbidität keine	2 Wochen	1 Monat	2 Monate	3 Monate
Forceps ..... (28)	4=14,2%	3=10,7%	6=21%	8=28,5%	5=17,8%	2=7%
Credésche Lösung der Placenta .... (4)	1=25%	1=25%	1=25%	—	1=25%	—
Entfernung von Placentar- oder Eihautresten ..... (7)	2=28,5%	—	2=28,5%	1=14,2%	2=28,5%	—
Versuch der Placentarlösung..... (8)	1=12,5%	6=75%	—	1=12,5%	—	—
Manuelle Lösung (11)	2=18%	1=9%	3=27%	4=36%	—	1=9%
Wendung u. Extraktion ..... (5)	1=20%	1=20%	—	2=40%	1=20%	—
Manualhilfe .... (3)	—	1=33%	1=33%	1=33%	—	—
Gesamtzahl der Eingriffe: 66	11=16,7%	13=19,7%	13=19,7%	17=25,0%	9=13,5%	3=4,5%

Im ganzen sehen wir hier ein Resultat vor uns, das beachtet werden muß und zur Verbesserung aufruft.

Jetzt komme ich zum zweiten Hauptteil, der sich aus der Einteilung des Materials ergibt, zu den „anoperierten" Fällen. Darunter verstehe ich die Fälle, die zwar im Privathaushalt eingeleitet wurden, aber vor Beendigung der Geburt aus irgendeiner Indikation der Klinik überwiesen wurden. Das Material ist absolut ein etwas geringeres, prozentual aber ähnliches, gegenüber dem, das der Kölner Frauenklinik zugewiesen wurde. Es beträgt 0,39% der in der Klinik erfolgten Geburten, gegenüber 0,43% der Kölner Klinik.

Die Art der in der Praxis mißlungenen Operationen beleuchtet folgende Tabelle.

Tabelle 1.

Art der Operation	Zahl
Zangenversuche	23
Wendungsversuche	11
Zangen- und Wendungsversuche	1
mißglückte Hebosteotomie	1
Versuch der Manualhilfe	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur	1
	38

Wie auch in dem Material anderer Kliniken stellen bei uns die Zangenversuche das Hauptkontingent der mißglückten geburtshilflichen Operationen dar. Es sind das mit 23 Fällen 60,5%.

Tabelle 2.

Zangenversuche (23)	
Zangenversuche aus Beckenmitte	13
Hohe Zangenversuche	10

Im einzelnen handelt es sich bei den 13 Zangenversuchen aus Beckenmitte:

Tabelle 3.

um einen Versuch	11
um zwei Versuche	1
um sechs Versuche	1

Bei den hohen Zangenversuchen

Tabelle 4.

um einen Versuch	8
um zwei Versuche	1
um fünf Versuche	1

Das Bedeutungsvollste sind die sechsmaligen Versuche einer Zange aus Beckenmitte, die ohne Narkose ausgeführt wurden und der Fall mit einem fünfmaligen hohen Zangenversuch. Der vergebliche Zangenversuch stellt mit 23 auf 38 anoperierte Fälle 60,5% dar, also wesentlich höher als in dem Material der Kölner Frauenklinik, die nur 50% Zangenversuche hat. Wie diese Klinik weichen auch wir in der Prozentzahl der hohen Zangenversuche erheblich von den Zahlen aus der Veröffentlichung von Stoeckel ab. Es sind das bei uns nur 26,3% hohe Zangenversuche. Vielleicht ist das die Folge der von Professor von Jaschke schon seit fast zwei Jahrzehnten eifrigst und nachdrücklichst, vor allem unter seinen Schülern, betriebenen Verbreitung der Auffassung, daß eine hohe Zange nicht zum geburtshilflichen Können eines praktischen Arztes gehöre. Daß also die hohe Zange nur der Klinik vorbehalten sei und auch dort nur in wenigen Fällen mit ganz strenger Indikationsstellung, bei denen eine andere Entbindungsmöglichkeit, wie zum Beispiel die Schnittentbindung, nicht besteht. Dem gegenüber stehen, wie schon erwähnt, die Ausführungen von Döderlein, der für die hohe Zange in der geburtshilflichen Praxis eintritt. Auch sind ja die Erfolge der hohen Zange, über die Döderlein berichtet, beachtenswert.

Die Wendungsversuche stellen mit 11 Fällen 29% dar. Bei den Wendungsversuchen handelt es sich:

Tabelle 5.

um einen Versuch	8
um zwei Versuche	2
um mehrere Versuche	1

Die Indikation zu den operativen Entbindungsversuchen ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 6.

Art der Operation	Indikation	Zahl
Zangenversuch aus Beckenmitte (13)	schlechte kindliche Herztöne	4
	lange Geburtsdauer	5
	unbekannt	4
Hoher Zangenversuch (10)	schlechte kindliche Herztöne	1
	lange Geburtsdauer	6
	unbekannt	3

Art der Operation	Indikation	Zahl
Wendungsversuch ..... (11)	Querlage	9
	Schädellage mit Nabelschnurvorfall	1
	Schädellage	1
Zangen- u. Wendungsversuch... (1)	Gesichtslage mit Armvorfall	1
Mißglückte Manualhilfe ..... (1)	Fußlage mit Nabelschnurvorfall	1
Mißglückte Hebosteotomie ..... (1)	schrägverengtes Becken ...	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur ..... (1)	Nabelschnurvorfall	1

Über die Vorbedingungen bzw. die jeweiligen geburtshilflichen Befunde in dem Augenblick, als vom praktischen Arzt die Indikation zur operativen Beendigung der Geburt gestellt wurde, gibt die folgende Tabelle Auskunft.

Tabelle 7.

Befund	Indikation		
1. Zangenversuche aus Beckenmitte ..... (13)	Schlechte kindliche Herztöne	Lange Geburtsdauer	Unbekannt
Muttermund vollständig, Blase gesprungen, gute Wehen	1	3	2
Muttermund vollständig, Blase gesprungen, schlechte Wehen	1	2	1
Muttermund vollständig, Blase steht, gute Wehen	1	—	—
Muttermund vollständig, Blase steht, schlechte Wehen	—	—	1
Unbekannt	1	—	—
2. Hohe Zangenversuche... (10)	Schlechte kindliche Herztöne	Lange Geburtsdauer	Unbekannt
Muttermund vollständig, Blase gesprungen, gute Wehen	1	1	—
Muttermund unvollständig, Blase gesprungen, schlechte Wehen	—	2	1
Muttermund unvollständig, Blase gesprungen, gute Wehen	—	1	1
Muttermund unvollständig, Blase steht, schlechte Wehen	—	1	—
Unbekannt	—	1	1

Befund	Indikation		
3. Wendungsversuche ..... (11)	Querlage	Schädellage mit Nabelschnurvorfall	Schädellage
Muttermund vollständig, Blase gesprungen, Armvorfall	3	—	—
Muttermund vollständig, Blase gesprungen	1	—	—
Vorzeitige innere Wendung	1	—	—
Unbekannt	4	1	1

4. Bei dem Zangen- und Wendungsversuch handelte es sich um eine Gesichtslage mit Armvorfall, die Blase war gesprungen, schlechte Wehen.
5. Die näheren Umstände bei dem Versuch der Manualhilfe sind unbekannt. Ebenso sind die Angaben über den genauen geburtshilflichen Befund in dem Falle der mißglückten Hebosteotomie sowie bei dem Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur nicht zu ermitteln.

Auffallend ist auch bei uns die verhältnismäßig hohe Zahl der Fälle, bei denen eine Indikationsstellung nicht bekannt ist. Die anamnestischen Angaben, die bei der Einweisung der Patientinnen vom Arzt gegeben wurden, waren in den meisten Fällen sehr dürftig. Oft wurden die nötigen wichtigen Mitteilungen nicht vom praktischen Arzt gegeben, sondern man war auf Angaben der Frau selbst oder begleitender Angehöriger angewiesen, die man natürlich nur mit Vorsicht gebrauchen konnte. Ein Mangel, der für das klinische Handeln sehr bedeutungsvoll ist, da ein klarer Bericht über das Vorausgegangene die Handlungsweise und das nötige Eingreifen in der Klinik natürlich sehr unterstützt und klare Richtlinien gibt.

Dennoch ergibt sich aus unseren Tabellen 6 und 7, daß nicht allein die technisch richtige Ausführung eines Eingriffes die glückliche Beendigung einer Geburt ermöglicht, sondern daß eine sehr wesentliche Rolle die richtige Indikationsstellung zur operativen Beendigung spielt.

So kann die „lange Geburtsdauer" nicht, wie das in 5 Fällen vorkam, die Veranlassung zu einer hohen Zange bilden. Vielmehr ist diese Indikationsstellung nicht stichhaltig und fehlerhaft, um so mehr als es sich in 6 Fällen, in denen eine hohe Zange angelegt wurde, um ein enges Becken gehandelt hat, das die Ursache für das lange Hochstehen des Kopfes war. Dabei handelte es sich in 3 Fällen um ein plattrachitisches Becken I.°, einmal um ein plattrachitisches Becken II.°, und bei zwei Frauen lag ein plattrachitisches und allgemein verengtes Becken II.° vor.

Dem Arzt erwächst daraus ein Vorwurf, da eine richtige Indikationsstellung und die richtige Wahl der Operationsmethode — oder vielmehr keiner Operation — zum Erfolg geführt hätte. Vor allem ist es ja auch oft die Wahl der Operationsmethode, die zum Mißerfolg führt. Deutlich wird das bei den Wendungsversuchen bei einer verschleppten Querlage. Von den 9 Wendungsversuchen, bei Querlage, die uns eingewiesen wurden, waren 7 verschleppt, und zwar 5 schon zu Hause. Es mag da vielleicht, wie auch Stoeckel berichtet, eine Scheu vor den zerstückelnden Operationen, die schon in der Klinik unangenehm sind, wieviel mehr erst im Privathaushalt, und die ja in solchen Fällen die Methode der Wahl sind, mitspielen. Dann wird auch die Epikrise unserer Fälle nicht vollständig sein können, da die näheren Umstände und die häuslichen Verhältnisse, unter denen der praktische Arzt seine Geburts-„Hilfe" treiben muß, nicht bekannt sind. Jedoch der Vorwurf der Verkennung der Lage und des falschen Handelns trifft den praktischen Arzt doch. Unterstützt wird dies, wenn man die eingewiesenen Fälle noch unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet.

Tabelle 8.

Größe des Muttermundes bei der Aufnahme in der Klinik.

Art der Operation	Muttermund	Zahl
Hoher Zangenversuch ..... (10)	vollständig	2
	unvollständig	6
	unbekannt	2
Zangenversuch aus Beckenmitte ..... (13)	vollständig	12
	unbekannt	1
Wendungsversuch ..... (11)	vollständig	7
	unvollständig	3
	unbekannt	1
Zangen- und Wendungsversuch ..... (1)	unbekannt	1
Versuch der Manualhilfe ..... (1)	vollständig	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur ..... (1)	unbekannt	1

Dabei ergibt sich eine Zahl von 6 Fällen, bei denen bei einem hohen Zangenversuch der Muttermund unvollständig war, das ist in 60% der Fälle. Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Zangenversuchen aus Beckenmitte. Dabei wurden fast alle Frauen mit vollständigem Muttermund einge-

liefert. Ebenso ist es bei den Wendungsversuchen. Bemerkenswert ist noch, daß bei den Wendungsversuchen nur ein Versuch einer vorzeitigen inneren Wendung zu verzeichnen ist. Ferner ist auffallend, ähnlich wie in dem Material anderer Kliniken, daß Zangenversuche immer aus Beckenmitte oder höher, nie jedoch aus Beckenausgang eingeliefert wurden.

Wie gestaltete sich nun im einzelnen die Therapie in der Klinik?

Tabelle 9.

In der Klinik wurde die Geburt beendet:

vorausgegangen war:		
Hoher Zangenversuch ..... (10)	Spontanpartus	3
	Forceps nach vorheriger Symphysiotomie	2
	Forceps (1 mal tiefer Querstand)	2
	Perforation	2
	Kephalotrypsie	1
Zangenversuch aus Beckenmitte ..... (13)	Spontanpartus	7
	Forceps (2 mal aus Beckenmitte, 1 mal Beckenausgangszange)..	3
	Sectio	1
	Kephalotrypsie	1
	Ritgen-Ohlshausen	1
Wendungsversuch ..... (11)	Wendung und Extraktion	4
1. aus Querlage ..... (9)	Dekapitation und vorangehende Armamputation	2
	vorzeitige innere Wendung, dann spontan	1
	spontan conduplicato corpore...	1
	Gemini ..... 1. spontan conduplicato corpore 2. Wendung und Extraktion	1
2. aus Schädellage ..... (1)	Sectio nach Temperaturabfall...	1
3. bei Nabelschnurvorfall mit angenommener Schädellage (in Wirklichkeit Fußlage)	Extraktion	1
Zangen- und Wendungsversuch ..... (1)	Perforation des lebenden Kindes da drohende Uterusruptur ...	1
Versuch der Manualhilfe .... (1)	Spontanpartus	1

Mißglückte Hebosteotomie... (1)	Sectio	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. (1)	Wendung und Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes.....	1

In drei Fällen erfolgte nach einem hohen Zangenversuch die Geburt des Kindes spontan. Bei den Zangenversuchen aus Beckenmitte waren sogar 7 Spontangeburten zu verzeichnen. Nur 3mal mußte dabei die Geburt in der Klinik durch die Zange beendet werden. 4mal war die Beendigung der Geburt durch die Zange nach einem hohen Zangenversuch nötig, darunter 2mal erst nach vorangegangener Symphysiotomie. Gerade diese beiden Fälle und auch diejenigen, bei denen in der Klinik das Kind perforiert werden mußte, sind solche mit falscher Wahl der Operationsmethode. Es handelte sich in jedem Fall um ein enges Becken, das vom Arzt nicht erkannt worden war. Da in der Praxis diese genannten Operationsversuche vorausgegangen waren, und in 3 Fällen Temperatursteigerungen bestanden, in einem Fall auch das Kind schon abgestorben war, konnte in der Klinik keine Schnittentbindung mehr vorgenommen werden. Die Erfolge sind also recht unerfreulich. Wesentlich besser sind sie bei den Zangenversuchen aus Beckenmitte. Die Resultate der operativen Geburtshilfe in bezug auf die Schädigungen, die die Mütter erlitten, werden klar aus folgender Tabelle.

Tabelle 10.

Schädigungen der Mütter.

Nach hohem Zangenversuch . (10)	mehrfache Cervixrisse, Scheidenriß, blutiger Urin.....	1
	Fieber im Wochenbett	2
	Cervixrisse	1
	ohne Schädigung	6
Nach Zangenversuch aus Beckenmitte ..... (13)	tiefe Einrisse am Damm	1
	Fieber im Wochenbett	4
	ohne Schädigung	8
Nach Wendungsversuch..... (11)	Uterusruptur, deshalb Totalextirpation (1 mal exitus)	2
	postoperativ (Sectio) Thrombophlebitis	1
	ohne Schädigung	8
Zangen- u. Wendungsversuch (1)	exitus an Sepsis	1

Mißglückte Hebosteotomie .. (1)	Phlegmone im Gebiet der Hebosteotomiewunde. Exitus	1
Versuch der Manualhilfe..... (1)	ohne Schädigung	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. (1)	ohne Schädigung	1

Wir sehen, daß die Erfolge für die Mütter nach den hohen Zangenversuchen relativ gut sind. Dauerschädigungen, wie überhaupt große Verletzungen hat keine Patientin davongetragen. Noch günstiger liegen die Verhältnisse bei den Zangenversuchen aus Beckenmitte. Dagegen sehr trübe sieht es aus bei den Wendungsversuchen. Bei 2 Frauen mußte wegen schon in der Praxis erfolgter Uterusruptur eine Totalextirpation vorgenommen werden. Dabei kam es in einem Fall schon während der Operation zum Exitus. Bei einer dritten Frau stellte sich postoperativ nach der vorgenommenen Schnittentbindung eine Thrombophlebitis in beiden Unterschenkeln ein und die Patientin konnte erst nach einer zweieinhalbmonatigen Behandlung entlassen werden. Bei dem Fall, bei dem ein Zangen- und Wendungsversuch vorausgegangen war und wegen Temperatur von 39,3° unter der Geburt eine Schnittentbindung nicht mehr möglich war, — das lebende Kind mußte perforiert werden — bildeten sich im Wochenbett multiple Abszesse. Die Frau starb an Sepsis und Pyämie. Eine gesonderte Besprechung bedarf der Fall von mißglückter Hebosteotomie. Es handelte sich dabei um ein infolge Hüftgelenkentzündung schrägverengtes Becken. Der Arzt machte eine Hebosteotomie, die aber ohne Erfolg blieb. In der Klinik wurde festgestellt, daß nur der horizontale Schambeinast durchtrennt war, der absteigende Ast des os pubis dagegen intakt war. Die Hebosteotomiewunde war nicht versorgt, nicht einmal verbunden. Da eine Spontangeburt nach dem Befund unmöglich war, wurde die Schnittentbindung vorgenommen. Postoperativ kam es zu einer ausgedehnten Phlegmone von der Hebosteotomiewunde ausgehend bis zur Sectiowunde. Es kam zum exitus. Die Frauen, die nach mißglückter Manualhilfe und nach dem Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur eingeliefert wurden, trugen keine Schädigung davon und wurden geheilt entlassen.

Wie sieht es nun aus mit den Erfolgen der häuslichen operativen Geburtshilfe in bezug auf die Erzielung eines lebenden Kindes? Die Resultate, die sich da bei Durchsicht unseres Materials ergeben, sind wenig erfreulich.

Tabelle 11.

Schädigungen des Kindes.

Nach hohem Zangenversuch . (10)	Kind schon bei der Einweisung tot	3
	Perforation des lebenden Kindes	1
	gesunde, lebende Kinder	6
Nach Zangenversuch aus Beckenmitte (13)	Kind schon bei der Einweisung tot	1
	Kind am 4. Tag gestorben	1
	gesunde, lebende Kinder	11
Nach Wendungsversuch (11)	tote Kinder	9
	lebende Kinder	2
Nach Zangen- und Wendungsversuch (1)	Perforation des lebenden Kindes	1
Versuch der Manualhilfe (1)	lebendes Kind	1
Mißglückte Hebosteotomie (1)	lebendes Kind	1
Versuch der Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. (1)	totes Kind	1

Recht ungünstig liegen da die Verhältnisse nach den hohen Zangenversuchen. Es sind 6 lebende unbeschädigte Kinder geboren worden. In 3 Fällen war das Kind bei der Einweisung schon abgestorben, darunter 1 Kind, bei dem der Schädel durch den hohen Zangenversuch vollkommen zertrümmert war. In einem Fall mußte das lebende Kind perforiert werden, da Temperatur unter der Geburt bestand und eine Conjugata vera von 7,5 cm vorlag. Außerdem handelte es sich auch noch um ein großes Kind mit großem hartem Schädel. In unserem Material also eine Mortalität von 40%. Nach den Zangenversuchen aus Beckenmitte sind die Resultate etwas besser. Dabei wurden 11 gesunde, lebende Kinder geboren. Am ungünstigsten liegen die Verhältnisse bei den Wendungsversuchen, bei denen nur 2 Kinder am Leben blieben, während 9, also 82%, tot waren. Auch der eine Wendungs- und Zangenversuch, bei dem es sich um eine Gesichtslage mit Armvorfall handelte, führte zu einem toten Kind, da in der Klinik wegen der drohenden Uterusruptur perforiert werden mußte. Die Schnittentbindung war hier wegen der bestehenden Temperatur von 39,3° und der mehrfachen vorausgegangenen Manipulationen in der Praxis unmöglich. Im Wochenbett stieg die Temperatur am dritten Tag auf 40,1° an, außerdem trat ein Schüttelfrost auf. Die Frau starb am 41. Tag an Sepsis und

Pyämie. Bei dem Fall, bei dem die Nabelschnur vorgefallen war, und der Arzt versucht hatte, dieselbe zu reponieren, war das Kind bei der Einlieferung schon abgestorben, die Nabelschnur pulsierte nicht mehr.

Wenn wir den Erfolg der operativen Entbindungsversuche in bezug auf die Erzielung eines lebenden Kindes in Prozenten ausdrücken, so ergibt sich mit 19 toten Kindern eine Prozentzahl von 50%. Diese Zahl liegt etwas unter der, die von der Kölner Frauenklinik angegeben wird. Diese Klinik hat eine Prozentzahl von 60,6%.

Von den uns zugewiesenen 38 anoperierten Frauen sind, wie vorn ausgeführt, 3 ad exitum gekommen. In bezug auf die Mütter kommen wir damit auf eine Mortalität von 7,9%. Über die Mortalität und die Dauer der Morbidität im einzelnen soll die folgende Tabelle ein Bild geben.

Tabelle 12.

In der Praxis war erfolgt	Mortalität	Morbidität				
		keine	über 2 Wochen	über 1 Monat	über 2 Monate	über 3 Monate
Hoher Zangenversuch ..... (10)	—	4=40%	4=40%	1=10%	1=10%	—
Zangenversuch aus Beckenmitte ... (13)	—	5=38,4%	6=46,1%	1=7,6%	—	1=7,6%
Wendungsversuch (11)	1=9%	6=54,5%	1=9%	2=18%	1=9%	—
Zangen- und Wendungsversuch ... (1)	1=100%	—	—	—	—	—
Mißglückte Hebosteotomie ..... (1)	1=100%	—	—	—	—	—
Versuch der Manualhilfe ..... (1)	—	1=100%	—	—	—	—
Versuch der Reposition d. vorgefallenen Nabelschnur .... (1)	—	1=100%	—	—	—	—
Gesamtzahl der anoperierten Fälle: 38	3=7,9%	17 = 44,7%	11 = 28,9%	4 = 10,5%	2 = 5,2%	1 = 2,7%

Die 38 Fälle, die unentbunden aber anoperiert eingeliefert wurden, sind in der Klinik 12mal spontan (= 31,6%) und 26mal operativ (= 68,4%) beendigt worden. Von den 26 operativ beendigten Geburten waren:

8mal zerstückelnde Operationen,
7mal Zangen,
5mal Wendung und Extraktion,
3mal abdominale Schnittentbindung,

1mal Extraktion,
1mal vorzeitige innere Wendung,
1mal Ritgen-Ohlshausen.

In unserem Gesamtmaterial von 104 Fällen, die nach außerklinisch begonnener oder beendigter Geburt eine klinische Nachbehandlung erforderten, sieht das Resultat folgendermaßen aus:

Mortalität	keine	Morbidität bis zu 4 Wochen	bis zu 8 Wochen und darüber
14=13,3%	30=28,8%	45=43,3%	15=14,6%

Das Gesamtergebnis der häuslichen Geburtshilfe ist also ein erschütterndes.

Zusammenfassung.

In den vorliegenden Ausführungen wurde über 104 Fälle unter einer Geburtenzahl von 9540 in den Jahren 1918—1935 berichtet, die nach einem außerklinischen geburtshilflichen Eingriff der Klinik überwiesen wurden. Diese 104 Fälle teilten sich in zwei große Gruppen, und zwar umfaßte die erste dieser Gruppen 66 Fälle, die wegen Nachgeburts- oder Wochenbettskomplikationen nach einem in der Praxis erfolgten geburtshilflichen Eingriff eingeliefert waren. Es handelte sich dabei in der Hauptsache um Wochenbettfieber (39) sowohl leichteren Grades, als auch um Fälle von schwerer Puerperalsepsis. Die Ursache dieser Temperatursteigerungen war zu einem Teil auf mangelnden Lochialfluß, zu einem weiteren Teil auf zurückgebliebene Placentar- oder Eihautreste, zum weitaus größten Teil aber auf eine Keimeinschleppung zurückzuführen. Dabei ließ sich nur in wenigen Fällen entscheiden, ob nun die mangelnde Asepsis zu Lasten des Arztes oder der Hebamme zu setzen war.

Diesen Fällen von Wochenbettfieber gegenüber traten die Fortdauer der Blutung und die Verletzungen der Mutter als Indikation zur Klinikseinweisung zurück. Die Fortdauer der Blutung war entweder bedingt durch einen Placentarrest oder durch Verletzungen der Mutter, die als Blutungsursache übersehen waren. In wenigen Fällen handelte es sich um eine Atonie.

Außerdem reihten sich in diese Gruppe 8 Fälle ein, bei denen die Placenta vergeblich zu lösen versucht war.

Was die Prognose dieser ersten 66 Fälle betrifft, so ist sie bei einer Mortalitätsziffer von 16,7% (= 11 Fälle) und einer

Morbidität von 63% (= 42 Fälle) gegenüber den 13 Fällen, die ohne längeres Kranksein nach kurzer oder sogar ohne Behandlung die Klinik verließen, recht trübe.

Die Therapie richtete sich nun ganz nach dem vorliegenden Befund und der Anamnese, soweit eine solche zu erfahren war. Bei den Frauen, bei denen es sich um eine einfache Lochialstauung als Ursache der Temperatursteigerung handelte, kam man mit Secacorningaben, Halb-Fowler und Eisblase bald zum Ziel. Auch die Fälle mit zurückgebliebenen Placentar- oder Eihautresten machten bis auf einen Fall, bei dem es zum exitus kam, keine Schwierigkeit. Nicht so einfach dagegen gestaltete sich das Eingreifen und Helfen bei den Frauen, die unter dem Bild der Puerperalsepsis eingeliefert wurden oder bei denen sie sich erst in der Klinik entwickelte. Eine Behandlung mit antibakteriellen Mitteln führte meist erst nach mehreren Wochen zum Erfolg. Ja in einigen Fällen kamen die Frauen trotz aller Bemühungen ad exitum. Auch die Bekämpfung der eingelieferten Blutung post partum setzte der klinischen Hilfe Schwierigkeiten entgegen. So war in drei Fällen die Anämie so hochgradig, daß trotz aller therapeutischer Maßnahmen der Tod eintrat. Eindeutig festgelegt war das Handeln in den Fällen, bei denen die Placenta noch nicht geboren war. Dabei führte nur in einem Fall die Behandlung (es wurde als ultima ratio die Totalextirpation durchgeführt) nicht zum Erfolg, da die Patientin während der Operation an einer Atemlähmung starb.

Nun folgt noch eine kurze Übersicht über die zweite große Gruppe, die „anoperierten Fälle". Es waren das 38 Frauen, die in die Klinik zur Geburtsbeendigung eingewiesen wurden. An erster Stelle standen da die Zangenversuche (23), darunter 10 Versuche einer hohen Zange. Betrüblich war die Feststellung, daß der hohe Zangenversuch 6mal bei unvollständigem Muttermund, und darunter sogar einmal mehrere Versuche, erfolgt war. Auch ging aus der Anamnese und dem in der Klinik erhobenen Befund hervor, daß die Indikationsstellung des praktischen Arztes falsch gewesen war, denn in 6 Fällen hatte ein enges Becken vorgelegen, das vom Arzt nicht als Ursache für die „lange Geburtsdauer" erkannt worden war. Überhaupt begegnete uns die Indikation „lange Geburtsdauer" sowohl bei den hohen Zangenversuchen als auch bei denen aus Beckenmitte sehr oft (11). Da muß nun ein Faktor in Rechnung gezogen werden, der auf einem ganz anderen Gebiet liegt. Der praktische Arzt wird oft aus rein materiellen Gründen dazu veranlaßt, eine

Geburt operativ zu beendigen, die bei längerem Zuwarten auch spontan zu Ende gekommen wäre. Der praktische Arzt muß für eine Geburt, um sie spontan zu Ende zu bringen, viel Mühe und Zeit aufwenden. Die Kassen berücksichtigen dies in ihrer Gegenleistung überhaupt nicht. Dagegen wird ein operativer Eingriff, selbst wenn er fehl am Platz ist, honoriert.

Auch bei den Wendungsversuchen mußte dem praktischen Arzt ein Vorwurf gemacht werden. Unter diesen 11 Fällen war bei 5 Gebärenden die Querlage schon verschleppt, als die Wendung versucht wurde.

Bei den Fällen von Nabelschnurvorfall und Gesichtslage mit Armvorfall lagen für den praktischen Arzt Schwierigkeiten vor, denen er auch als guter Geburtshelfer nicht gewachsen sein konnte.

Ein einzigartiger Fall dagegen war die vom Arzt wegen schrägverengtem Becken durchgeführte Hebosteotomie, bei der nur ein Schambeinast durchsägt war.

Die Prognose für die Mütter war bei den Zangenversuchen eine gute. Todesfälle waren nicht zu verzeichnen, keine Schädigung hatten 9 davongetragen, und die Morbidität betrug nur bei wenigen über zwei Wochen. Dagegen war die Zahl etwas ungünstiger bei den Wendungsversuchen. Ein Mißerfolg war zu verzeichnen bei dem Wendungs- und Zangenversuch und bei der mißglückten Hebosteotomie.

In bezug auf die Erzielung eines lebenden Kindes ergab sich folgendes Bild:

Bei den Zangenversuchen mußte ein relativ schlechter Erfolg (auf 23 Fälle 6 tote Kinder) festgestellt werden. Sehr schlechte Ergebnisse haben die Wendungsversuche (von 11 Fällen 9 tote Kinder). Diese unerfreulichen Resultate kamen zum Teil daher, daß bei der Einlieferung das Kind schon abgestorben war, zum Teil aber auch in der Klinik das lebende Kind zur Rettung der Mutter geopfert werden mußte.

Damit sind wir bei der Therapie dieser anoperierten Fälle angelangt. In 12 Fällen erfolgte die Geburt spontan (= 31%). An erster Stelle bei den operativ beendigten Geburten standen die zerstückelnden Operationen (8), da bei diesen Fällen das Kind schon abgestorben war oder aber wegen der bestehenden Temperatur keine andere Entbindungsmöglichkeit blieb. Nur bei einer geringen Anzahl von Frauen wurde in der Klinik die Zange angelegt (7). Die abdominale Schnittentbindung mußte deshalb sehr zurücktreten (3), da, wie schon erwähnt,

die Temperatursteigerung einen solchen Eingriff nicht zuließ. Auch hier begegnete uns wieder die Tatsache der Keimeinschleppung, als Ursache des Fiebers unter der Geburt.

Zum Schluß soll aber nochmals betont werden, daß die Kritik an der häuslichen Geburtshilfe nicht eine Bloßstellung des praktischen Arztes bedeuten soll; vielmehr ist der Sinn dieser Sichtung unsres geburtshilflichen Materials, bei dem die Behandlung draußen schon eingeleitet war, aufzuzeigen, daß die Erfolge der häuslichen Geburtshilfe bis zu einem gewissen Grad immer noch durch den praktischen Arzt selbst verbessert werden können.

Literaturangabe.

1. Stoeckel: Mißlungene geburtshilfliche Eingriffe. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 75/1 (1927).
2. Will: Über anoperierte geburtshilfliche Fälle. Münchener Medizinische Wochenschrift 1932, S. 1270.
3. Henkel: Über die Leitung der Geburt. Archiv für Gynäkologie 134/18 (1928).
4. Döderlein: Zangenoperationen am hochstehenden Kopf in der häuslichen Geburtshilfe. Zentralblatt für Gynäkologie 1929, Nr. 44.
5. Holtermann: Mißlungene operative Geburtshilfe in der häuslichen Praxis und ihre klinische Behandlung. Archiv für Gynäkologie, Bd. 158.
6. Winter: Die Zukunft der häuslichen Geburtshilfe. Medizinische Klinik 1929, Nr. 1/2.

Lebenslauf.

Am 12. Januar 1911 wurde ich in Gießen geboren. Nach Ablegung der Reifeprüfung an der Studienanstalt Gießen am 3. März 1930 studierte ich an der Hessischen Ludwigs-Universität in Gießen 11 Semester Medizin.

Am 28. November 1935 legte ich die ärztliche Staatsprüfung ab und trat am 15. Dezember 1936 als Medizinalpraktikant in die Universitäts-Frauenklinik zu Gießen ein. Vom 15. August 1936 bis 15. Dezember 1936 war ich in gleicher Eigenschaft in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Gießen tätig. Nach Erhalt der Bestallung als Arzt vom 16. Dezember 1936 übte ich keine ärztliche Tätigkeit mehr aus.